服務對象：

1、設籍臺南市之聽語障者或合併聽、語障之多重障礙者及家屬。

2、臺南市各機關、學校及團體等。

3、外縣市於本市有必要之手語翻譯服務需求。

服務流程：

1. 申請人(單位)填寫申請書附身障手冊
2. 傳　真 / E-mail / 郵　寄
3. 本會確認資格並回覆
4. 指派手語翻譯人員前往約定地點
5. 申請者填寫回饋表繳回中心
6. 結　案

服務區域：台南市服務區

申請時間：

1.星期一至星期五上午09:00至下午17:00。（例假日除外 ）（請於5天前事先提出）

2.例假日及夜間申請：限緊急性之重大事務，可隨時提出申請。

3.如需取消或變更時，請於申請服務日前通知本中心。

手語翻譯服務內容：

◎警政或司法偵察、非涉刑責之交通事件等事務。

◎各級政府召開之重大政策會議、政見發表會。

◎公務機關舉辦之活動（晚會）舞台翻譯、簡易臨櫃。

◎洽公事項—市政府、戶政、地政、稅捐、衛生局所、學校等。

◎職場輔導、工作訓練、就業服務、職業訓練、勞資爭議。

◎就醫。

◎對外公開不收費之活動及會議、研討會。

◎其他必要性翻譯服務。

※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。

給我們教育，我們要走出無聲的世界

給我們舞台，我們要將演出亮麗的生命

台南市手語翻譯服務中心

電話：06-2002524　傳真：06-2006445

24小時服務專線(簡訊)：0972891553

LINE (ID：voiced)

申訴專線:06-2008775

網站：http://www.voiced.org.tw/

會址：704台南市北區東豐路491號6樓之6

統一編號：06524285

劃撥帳號：30732412

臺南市政府社會局主辦

社團法人台南市聲暉協進會承辦

廣告

臺南市手語翻譯服務申請表（此面可自行影印）

基本資料	申請人或申請單位		身分證字號		申請日期	年　月　日
	聯絡電話		傳　真		手機	
	聯絡地址			電子郵件		
	聯絡人姓名		聯絡方式	電話： 手機：		

申請內容	服務日期	年　月　日（星期　），自　時　分至　時　分
	服務地點（地址）	
	現場聯絡人	現場聯絡方式：電話： 手機：
	服務事由或性質	□警政□司法□政見發表會□非涉刑責之筆錄案件□重大醫療□門診醫療 □公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯　□公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型)　□洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等　□就學　□職場輔導　□就業服務　□諮詢　□其他＿＿＿＿ ※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。
	活動名稱	
	服務人數	現場來賓人數約：　　人　受服務聽（語）障者：　　人
	手語習慣	□自然手語　□中文手語　□口語+手語　□讀唇　□其他＿＿＿＿
	備　註	1.申請書正本請以郵寄方式至本會，或由當日服務之手譯員帶回。 2.本服務不接受指定手譯員，特殊需求需由本中心評估准允。 3.夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害等)。 4.為確保個資安全，本資料僅提供手語翻譯業務使用。

申請人身心障礙手冊證明正反面影本 或申請單位戳章	* 此粗框申請單位請勿填寫 由受理單位填寫	
	服務類別	□甲類　□乙類　□丙類
	派遣人員	
	理事長簽章欄	行政人員簽章欄
申請人簽章：	日期：	日期：

主辦單位：臺南市政府社會局　承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會
電話：06-2002524　傳真：06-2006445　24H專線：0972-891553　電子信箱：voiced@voiced.org.tw
Line(ID):voiced